

ESTRATÈGIA NACIONAL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT COMUNITÀRIA:

**ENAPISC**

1. Introducció.....	3
1.1. D'on venim, on som i cap on anem? .....	3
1.2. Què significa aquesta transformació?.....	7
2. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) .....	9
2.1. Missió, visió i valors .....	9
2.2. Objectiu i principis .....	9
2.3. Procés d'elaboració.....	9
3.1. Àmbits de transformació .....	12
3.1.1. Model organitzatiu.....	12
3.1.2. Persones.....	13
3.1.3. Professionals .....	14
3.2. Línies estratègiques .....	14
3.2.1. Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut .....	14
3.2.2. Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat .....	15
3.2.3. Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats en salut i socials de les persones .....	16
3.2.4. Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació .....	17
3.2.5. Garantir una atenció centrada en la persona i de proximitat .....	18
3.2.6. Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura.....	19
3.2.7. Protecció i promoció del professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària.....	19
4. Implementació de l'ENAPISC .....	21
4.1. Òrgans de seguiment de l'ENAPISC.....	21
4.1.1. Comitè de Direcció de l'ENAPISC .....	21
4.1.2. Direcció de l'ENAPISC.....	21
4.1.3. Consell Assessor de l'ENAPISC .....	21
4.1.4. Comissió Permanent de l'ENAPISC.....	21
4.1.5. Comissions tècniques.....	21
4.2. Configuració i desplegament de les xarxes integrals d'atenció primària i salut comunitària (XAP).....	22
5. Referències bibliogràfiques .....	24
6. Annexos .....	25
Annex 1. Col·laboradors.....	25
Annex 2. Procés d'elaboració de l'ENAPISC .....	29
Annex 3. Àmbits, línies estratègiques, objectius operatius i accions prioritzades .....	30
Annex 4: Infografia ENAPISC.....	36

# 1. Introducció

## 1.1. D'on venim, on som i cap on anem?

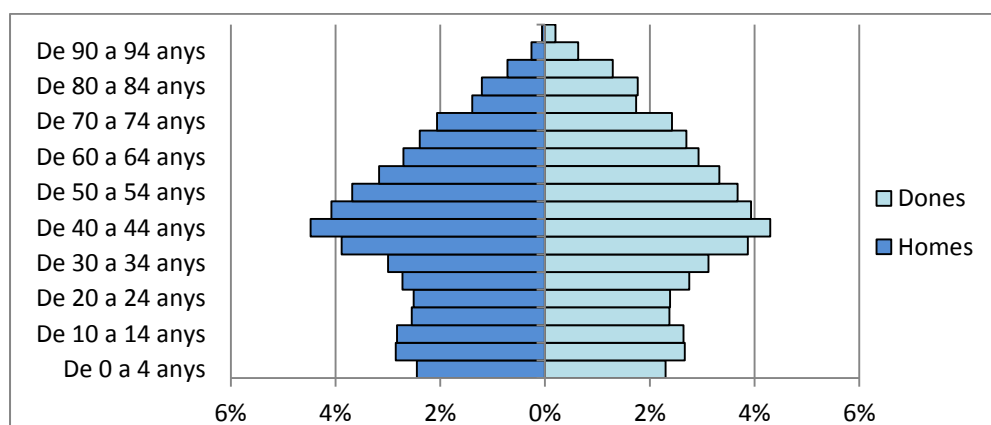
La reforma de l'atenció primària iniciada l'any 1985 va suposar un punt d'inflexió en el desenvolupament del sistema públic de salut i en l'objectiu de fer de l'atenció primària el primer graó d'accés al sistema. Aquella transformació va comportar la integració de l'atenció curativa, preventiva i rehabilitadora, i la promoció de la salut de la comunitat.

El desplegament de la reforma va ser lent i no exempt de dificultats importants. No va ser fins uns vint anys més tard que el desplegament va arribar al 100% de la població. Des d'aleshores, hi ha hagut diferents iniciatives. El 2003, amb el Pla de millora de l'atenció primària, elaborat pel CatSalut, ja es va fer un primer intent per reformular l'atenció primària. Posteriorment van sorgir altres documents com el *Document del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària* (informe Vilardell), elaborat el 2004 pel Consell Assessor de Sanitat, o l'informe *Avaluació dels models de provisió de serveis a l'atenció primària*, redactat el 2006 per l'Institut d'Estudis de la Salut i que va donar lloc al [Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària](#), elaborat durant el període 2007-2009 pel Departament de Salut. Aquest informe que, per raons diverses, no va arribar a reeixir.

Catalunya disposa d'un sistema sanitari d'accés universal amb bons resultats en salut i qualitat de vida, que la situen entre les primeres posicions dels països desenvolupats. No obstant això, la situació actual es caracteritza socialment per l'envelliment creixent de la població (figures 1 i 2). El desenvolupament tecnològic, els avenços terapèutics i la millora de la qualitat de vida, han donat lloc a una millora de la supervivència i, en conseqüència, a un augment del nombre de persones amb trastorns crònics i discapacitats. El repte d'assumir aquesta nova realitat per mantenir uns serveis d'excel·lència requereix una adaptació i transformació del model, que doni resposta als reptes actuals i de futur.

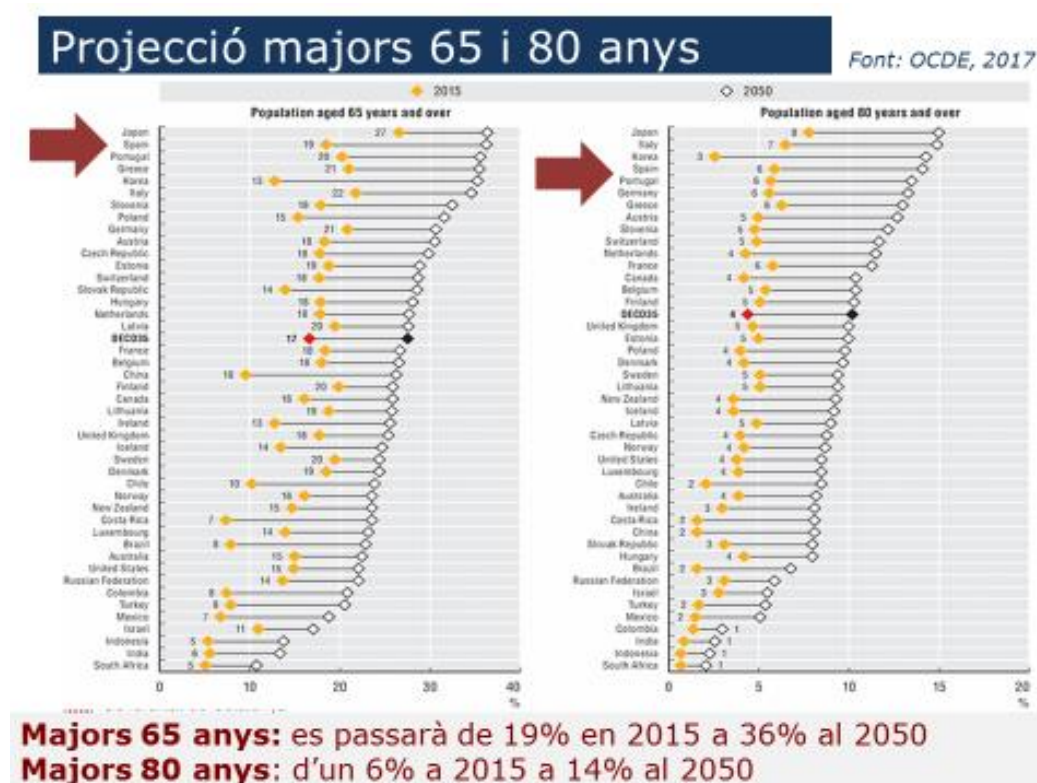
Aquesta transformació ha de permetre superar les conseqüències de la crisi econòmica recent, com ara la repercussió que ha tingut en l'augment de les desigualtats socials en salut de la població, fet que ha provocat la necessitat creixent d'atendre de manera integral problemes de salut i socials. Una altra de les conseqüències és l'afectació que ha tingut la crisi econòmica en les condicions laborals dels professionals sanitaris del sistema públic, que, en el cas de l'atenció primària, a més, es complementa amb la manca d'alguns grups de professionals, amb una limitació en la consideració sanitària de professionals administratius i treballadors socials i amb una tendència a l'alça del nombre de visites, la qual cosa fa que augmenti la pressió assistencial (figures 3 i 4).

Figura 1. Piràmide poblacional de Catalunya, 1 de gener de 2018.



Font: Elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya

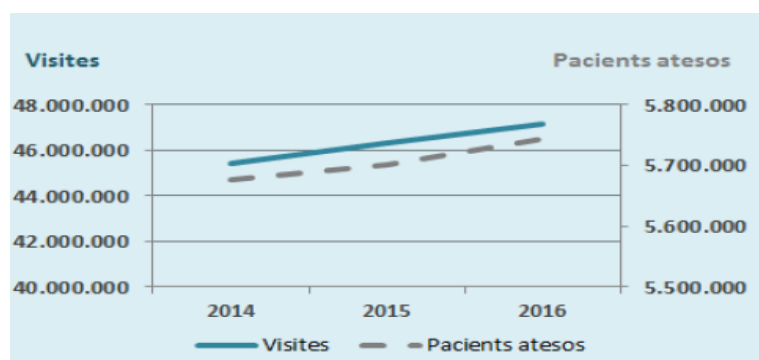
Figura 2. Projectió més grans de 65 i 80 anys.



Font: OCDE, 2017

En els últims anys s'observa una tendència creixent del nombre de visites d'atenció primària. El 2016 hi va haver un total de 47.164.581 visites i 5.744.438 persones ateses, la qual cosa suposa un increment de visites de l'1,9% i del 0,8% de persones ateses, en comparació amb l'any anterior (figura 3).

Figura 3. Evolució de visites i de pacients atesos, 2014-2016.



Font: Informes breus CatSalut. [Activitats d'atenció primària 2016](#).

Figura 4. Visites i pacients segons la residència del pacient, 2017.

RS residència CMBD	Visites	% població atesa		Taxa visites*		% de visites per tipus de visita			
		Brut	ST*	Brut	ST*	Centre	Domicili	Telèfon	TIC
Lleida	2.756.265	80,3	80,1	769,8	761,2	86,9	4,1	8,5	0,4
Camp de Tarragona	4.018.889,0	79,5	79,8	679,3	696,1	90,0	3,1	5,5	1,3
Terres de l'Ebre	1.407.768	81,9	81,0	790,2	747,1	90,9	4,9	3,8	0,4
Girona	5.620.814	79,4	79,5	670,7	679,3	84,8	3,7	8,8	2,7
Catalunya Central	3.575.380,0	82,1	81,8	698,2	686,8	84,5	4,2	9,3	2,0
Alt Pirineu i Aran	530.517	81,0	80,5	793,8	766,0	90,2	4,5	5,0	0,3
BCN Metropolità Sud	8.005.128	77,2	77,5	598,5	609,3	86,9	3,6	9,1	0,4
BCN Metropolità Nord	11.920.447,0	78,7	79,1	613,2	630,1	87,0	3,1	8,4	1,6
Barcelona Ciutat	9.063.899	73,2	72,7	545,4	525,8	84,2	5,0	9,7	1,1
Catalunya	46.899.107	77,1	--	626,3	--	86,4	3,8	8,5	1,3

\* Indicador estandarditzat

Font: Informes breus CatSalut. [Activitats d'atenció primària 2017](#).

[El Pla de salut de Catalunya 2016-2020](#), dins de la línia estratègica adreçada a l'atenció accessible, resolutiva i integral, proposa un projecte específicament dedicat a l'atenció primària i salut comunitària. L'objectiu d'aquest projecte és el desenvolupament i la implantació progressiva d'un **nou model d'atenció primària i salut comunitària**.

El document que teniu a les mans respon al que prescriu aquest Pla de salut de Catalunya. En aquest sentit, els objectius són, entre d'altres, **apoderar l'atenció primària i salut comunitària**, incrementar-ne la **capacitat resolutiva**, avançar en **salut comunitària** i millorar en la **integració entre els serveis sanitaris i els socials**.

En síntesi, es vol donar a l'atenció primària i salut comunitària un pes específic dins el sistema, com a **base sobre la qual ha de pivotar tot el procés integral d'atenció a la persona**.

Després d'un procés de treball de més d'un any que ha comptat amb la participació de gairebé 400 persones – inclosos grups de pacients, professionals assistencials, gestors de diferents plans directores (salut mental, sociosanitari, cronicitat...) i gestors de programes de l'atenció primària i salut comunitària, de l'atenció social, de pediatria, de salut pública, de rehabilitació, de l'ASSIR i de l'atenció urgent– neix l'**Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)**, alineada amb altres estratègies i plans directores del Departament de Salut, com són Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla Director Sociosanitari (PPAC i PDSS), [l'Estratègia de salut mental i addiccions \(SMiA\)](#), el [Pla nacional d'urgències de Catalunya \(PLANUC\)](#), el [Pla interdepartamental i](#)

[intersectorial de salut pública \(PINSAP\)](#), el [Pla de sistemes d'informació](#) i el [Marc de la participació ciutadana en salut](#), entre d'altres.

En conclusió, aquesta proposta descriu un **model d'atenció integrat, inclusiu, accessible i obert**, capaç d'**adaptar-se** a les necessitats de cada comunitat i, alhora, **homogeni** quant als sistemes d'avaluació dels processos assistencials que s'hi desenvolupen.

Aquest document executiu dona un marc conceptual a les propostes presentades pel conseller de Salut i el director del Servei Català de la Salut el passat mes de maig de 2017.

## 1.2. Què significa aquesta transformació?

Aquesta transformació avança cap a un model d'atenció que en una primera instància analitza les necessitats de la població de referència (salut comunitària) amb una **perspectiva salutogènica** i que treballa per generar salut a partir dels recursos i actius de la ciutadania i de la comunitat. El model **promou l'atenció centrada en la persona**, basada en l'evidència científica, les bones pràctiques i els valors ètics; inclou els **professionals i les persones o comunitats** en la presa de decisions organitzatives; potencia **els lideratges clínics**, entre altres iniciatives, amb la implantació de les comissions clíniques territorials; augmenta el perímetre de les relacions i la interacció de l'atenció primària i salut comunitària, incloent-hi més unitats i **perfils professionals**; potencia **l'autonomia de gestió dels equips** per aconseguir una base d'atenció primària més horitzontal, clarament col·laborativa i que tingui en compte la veu de la comunitat a través d'accions participatives.

Per tant, aquest nou model d'atenció primària i salut comunitària impulsa la transformació de diferents característiques del nostre sistema actual de salut:

- ✓ De l'atenció paternalista -> a **l'atenció centrada en la persona**, basada en la presa de decisions compartides.
- ✓ D'un sistema de salut fragmentat que genera duplicitats i buits assistencials -> a un model **connectat, integrat i de continuïtat**.
- ✓ D'unes relacions competitives entre serveis o unitats -> a **aliances estratègiques col·laboratives**, amb objectius compartits que potenciïn situacions de guanyar-guanyar.
- ✓ D'una planificació basada en l'oferta de serveis -> a una planificació que es basi en les **necessitats, els recursos i actius de les persones de la comunitat**.
- ✓ D'una avaluació dels processos assistencials heterogènia -> a una avaluació **homogènia, orientada als resultats**, fiable, que sigui d'ajuda a la presa de decisions clíniques i de gestió i que avanci per incloure indicadors de resultats percebuts pels pacients.
- ✓ D'un sistema fonamentat en la malaltia -> a un **sistema salutogènic**, amb orientació comunitària, que abordi els determinants de salut amb una perspectiva d'equitat en l'accés i en els resultats.
- ✓ D'un sistema reactiu a la demanda -> a un sistema **proactiu i preventiu**.
- ✓ D'una estructura funcional piramidal i amb poca autonomia dels equips i unitats -> a una **estructura funcional horitzontal, assentada en el coneixement**, amb lideratges clínics, que potenciï l'autonomia de gestió de l'atenció primària i salut comunitària.

L'actual atenció primària evoluciona cap a un model que se centra en els valors, preferències i necessitats de les persones de la comunitat a la qual dona serveis, que amplia la seva dimensió a altres especialitats i rols professionals i que té com a pilars bàsics la participació ciutadana i dels professionals.

En conclusió, cal tendir cap a un model assistencial integrat, que avanci més enllà dels actuals pactes col·laboratius entre l'atenció primària, la resta de dispositius comunitaris i altres àmbits, com ara l'atenció hospitalària i sociosanitària, per garantir una **atenció de qualitat, equitativa i moderna**, que doni pas a models d'atenció no presencial i processos integrats que permetin la participació activa de la persona i l'atenció compartida entre serveis assistencials.

Aquest document vol ser un full de ruta adaptable a la realitat diversa del territori català, dinàmic i que s'actualitzi periòdicament a mesura que s'implementi.

Cal agrair aquest punt de partida a tots els professionals que l'han fet possible i recordar-los que continuem comptant amb tots ells per posar en marxa aquest nou model d'atenció primària i salut comunitària i fer-ne el seguiment.

Equip redactor: Josep Ramon Arisa, Carmen Cabezas, Cristina Carbonell, Cristina Casanovas, Josep Davins, Àlex Guarga, Yolanda Lejardi, Maria Josep López, Pilar Magrinyà, Cristina Molina, Anna Mompart, Jordi Monedero, Cristina Nadal, Aina Plaza, Josep Maria Pons, Sebastià Santaegènia i Òscar Solans.



## 2. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)

### 2.1. Missió, visió i valors

La **missió** de l'ENAPISC és impulsar un **nou model** de l'atenció primària i salut comunitària fonamentat en el **concepte integral de salut**, que n'inclogui els **determinants socials** i que la consolidi com a eix vertebrador del sistema públic de salut, de manera que contribueixi a resoldre les necessitats de les persones des de la **proximitat**, atenent la realitat del seu entorn.

La **visió** del nou model d'atenció primària i salut comunitària busca una **orientació salutogènica, centrada en la persona, integrada i deliberativa en la presa de decisions** compartides, que tingui cura de la **protecció i promoció del professionalisme** i que com a valor principal garanteixi la **qualitat de l'atenció** i fomenti la participació ciutadana com un instrument per afavorir l'apoderament de les comunitats.

Els **valors** que adopta l'ENAPISC s'inspiren en els valors més coincidents que sorgeixen dels plans estratègics d'equips d'atenció primària i salut comunitària actuals de Catalunya i dels documents dels diferents grups de treball que hi han participat: **equitat, treball en equip, cooperació, compromís, qualitat, solidaritat, vocació de servei públic, ètica, transparència i universalitat**.

### 2.2. Objectiu i principis

L'ENAPISC té com a objectiu principal **enfortir l'atenció primària i la salut comunitària** i consolidar-la com a **eix vertebrador del sistema sanitari públic**.

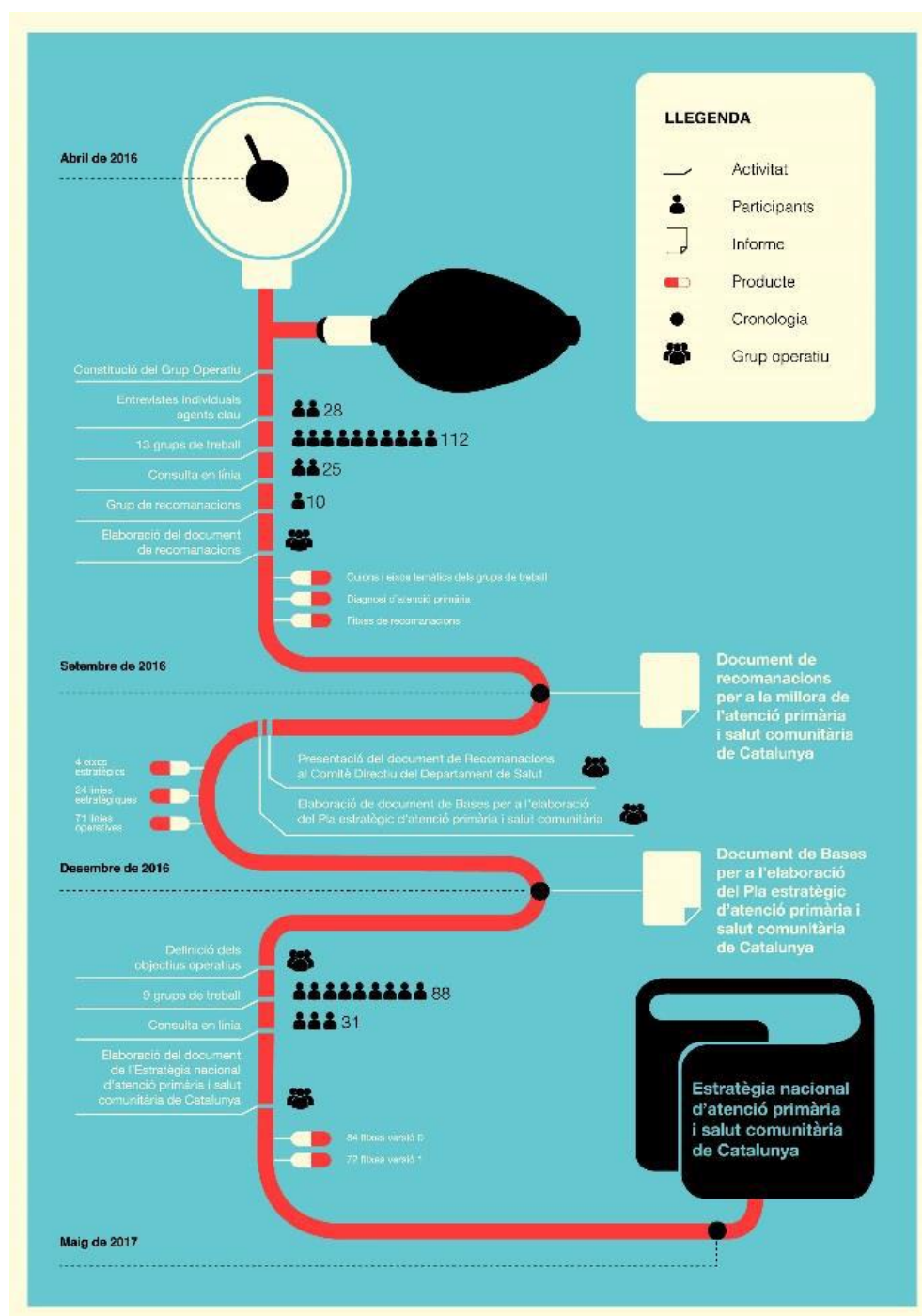
Els principis clau de l'estratègia són:

- ✓ Potenciar l'**orientació comunitària** com a estratègia de generació de salut i de lluita contra les desigualtats en salut.
- ✓ Garantir un model biopsicosocial d'atenció **centrat en la persona**.
- ✓ Respondre als **canvis demogràfics** i a l'augment de la multimorbiditat.
- ✓ Garantir la **qualitat i seguretat**.
- ✓ Abordar les desigualtats amb **equitat** territorial i **sostenibilitat** del sistema públic.
- ✓ Consolidar els lideratges **professionals** i fomentar la participació de la **ciutadania**.

### 2.3. Procés d'elaboració

D'abril a setembre de 2016, es va fer un procés participatiu amb més de 150 professionals de l'atenció primària i salut comunitària, amb la finalitat d'elaborar [el document de bases](#). Aquest procés participatiu va evolucionar fins a la constitució de diferents grups de treball que van realitzar jornades deliberatives per àmbits temàtics i que van comptar amb la participació de més de 300 professionals. Aquests grups de treball constitueixen el veritable nucli conceptual de l'ENAPISC (figura 5).

Figura 5. Procés d'elaboració de l'ENAPISC (Annex 2).



Durant els mesos següents, es va analitzar tota la informació recollida i es va sintetitzar en tres àmbits d'actuació de l'ENAPISC: l'**organitzatiu**, el de les **persones** i el dels **professionals** (figura 6); també es van definir set línies estratègiques amb els objectius operatius respectius i les accions i els indicadors per a cada objectiu (Annex 3).

Les accions s'aniran prioritzant i implementant a mesura que es disposi dels recursos i dels requeriments necessaris per fer els canvis. Els **indicadors** d'aquestes accions permetran fer el seguiment i el procés de millora contínua de l'estratègia.

### 3. Nou model d'atenció primària i salut comunitària

D'aquí a pocs mesos es compliran 40 anys de la Declaració d'Alma Ata, en què es va definir l'atenció primària de salut com a conjunt de valors rectors per al desenvolupament sanitari, conjunt de principis per a l'organització dels serveis de salut i varietat de criteris per a l'abordatge de les necessitats sanitàries prioritàries i els determinants fonamentals de salut. [ Vegeu el document "[Astana Declaration on Primary Health Care](#)"(1) ]

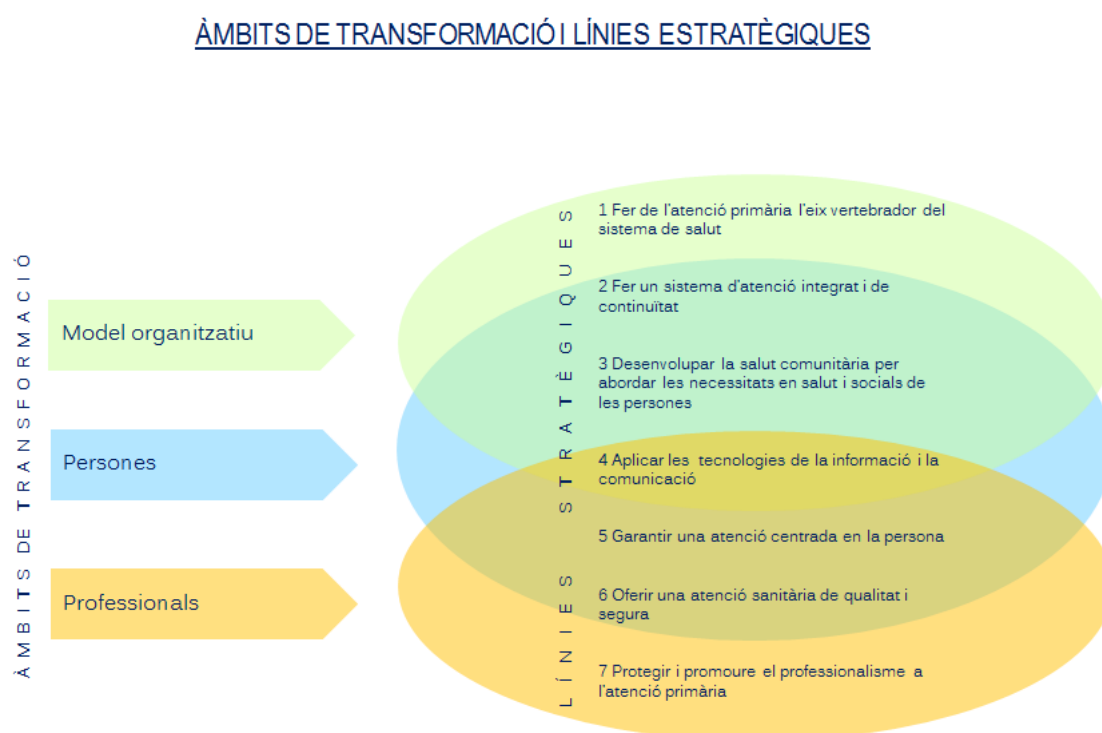
En aquell moment ja s'instava a fer que l'atenció primària adoptés una visió holística de la salut i es reconeixia que moltes de les causes bàsiques dels problemes de salut tenen origen fora del sistema sanitari i que cal abordar-les a través d'un enfocament ampli que inclogui tota la societat. D'acord amb l' [Informe sobre la salut en el món](#), si s'aconsegueix orientar l'atenció primària i salut comunitària a una cobertura universal, amb els serveis centrats en la persona, amb una visió dels determinants socials de salut des de les polítiques públiques saludables, amb la inclusió de les estratègies de salut en totes les polítiques i amb uns bons lideratges, els sistemes nacionals de salut poden arribar a ser més coherents, més efectius, més equitatius i molt més eficients.

Els dies 25 i 26 d'octubre de 2018 es portarà a terme la segona conferència internacional d'atenció primària a Astana, Kazakhstan. L'OMS va fer públic recentment [l'esborrany de la propera declaració](#), on destaca novament el paper central de l'atenció primària en les polítiques de salut i afirma que l'atenció primària és essencial per a la millora de la salut, per a l'èxit i la sostenibilitat dels sistemes de salut i per assolir una cobertura universal i uns objectius de desenvolupament sostenible. El text apel·la al compromís de governs, societat civil i comunitat internacional d'unir esforços per assegurar que l'atenció primària se situï en el centre del moviment global que enllaci els reptes de salut del segle XXI.

L'ENAPISC encaixa en aquest context i incorpora les idees del nou escenari. Per tant, per fer possible la **visió** del projecte del nou model són imprescindibles transformacions en tres àmbits: en els **models organitzatius** actuals, en la implicació directa dels **professionals** i en l'enfocament de les **persones** com a centre de tota l'estratègia.

Aquests canvis es recullen en la definició de les set línies estratègiques, com s'explica més endavant (figura 6).

Figura 6. Àmbits de transformació i línies estratègiques.



### 3.1. Àmbits de transformació

El 2015, a Anglaterra, arran de la situació d'envelliment i multimorbiditat de la població i de la limitació de recursos, una comissió inicià els treballs per identificar **models innovadors d'atenció primària i salut comunitària** que poguessin donar resposta a aquests reptes de futur. L'informe [New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS \(3\)](#) recull els resultats d'aquesta comissió a partir de l'evidència escrita, sessions d'evidència oral i visites per veure els exemples innovadors. Com a conclusió, l'estudi explica que les característiques principals dels models més adequats d'atenció primària per donar resposta als canvis socials i demogràfics actuals són: **nous rols de professionals** a l'atenció primària i evolució dels que ja hi ha; **models col·laboratius** entre professionals de l'atenció primària i altres serveis sanitaris i socials; **noves fórmules d'organització** i avenços en comunicació i informació a través de les **noves tecnologies**.

A més, en aquest informe s'explica que actualment hi ha una manca de professionals d'atenció primària, una situació que s'assembla molt a la nostra realitat i que porta a prioritzar la cura del **professionalisme** a l'atenció primària i salut comunitària i a **estimular la retenció de talent**.

El febrer de 2018 la Comissió Europea va presentar l'informe [A new drive for primary care in Europe: Rethinking the assesment tools and methodologies \(4\)](#), en què experts de més de vint-i-dos països coincideixen en la necessitat d'esmerçar esforços en l'avaluació de l'atenció primària, alineant-ne els objectius, integrant l'avaluació de tot el sistema de salut i fomentant la **millora en els sistemes d'informació i la metodologia avaluativa**. També fa esment a l'expansió de nous rols de professionals i funcions a l'AP, així com a la necessitat d'un **enfocament holístic**. Les conclusions que se n'extreuen són que cal fer especial èmfasi en l'abordatge de la **complexitat, l'avaluació i la cultura d'excel·lència**.

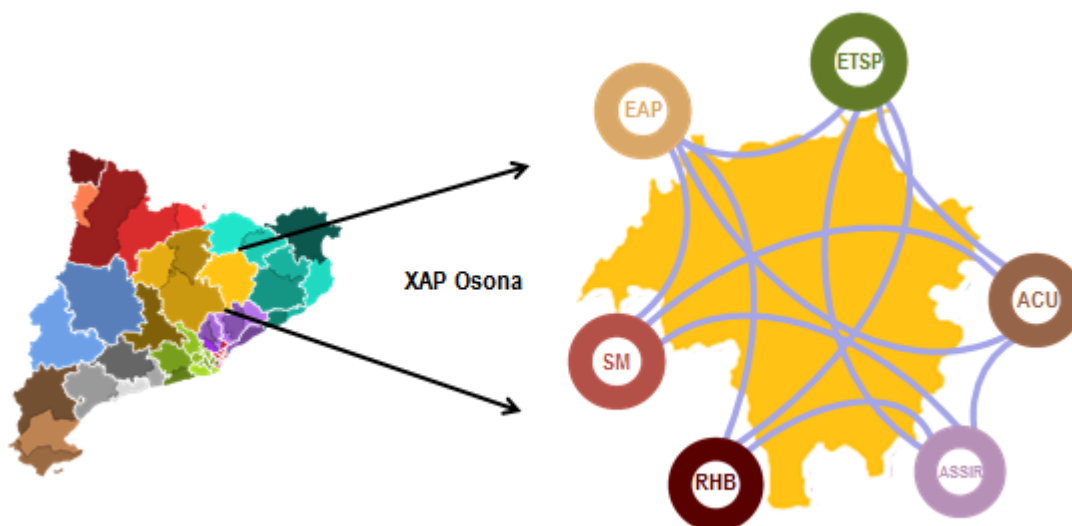
A continuació es defineixen els eixos principals del nou model per a la transformació a l'AP, que es presenten en tres àmbits: **model organitzatiu, persones i professionals**.

#### 3.1.1. Model organitzatiu

Amb l'objectiu de poder garantir diferents línies estratègiques del nou model, cal transformar el sistema organitzatiu de l'atenció primària actual, que passa per adaptar-ne l'estructura i augmentar el perímetre d'influència de l'atenció primària i salut comunitària. El nou model proposa com a element clau de transformació organitzativa les **xarxes integrals d'atenció primària i comunitària (XAP)** per a un àmbit territorial, que són els òrgans que han de vetllar per la implementació del nou model organitzatiu, el treball integrat entre els diferents serveis i equips comunitaris, la dotació adequada de recursos i equipaments, les capacitats dels professionals i l'avaluació territorial dels diferents processos assistencials que s'hi desenvolupin.

Aquesta nova estructura amplia el perímetre de lideratge i interacció de l'atenció primària i salut comunitària, incloent-hi, a més dels actuals equips d'atenció primària, altres equips i serveis que atenen la persona en el seu entorn de proximitat (figura 7), cosa que garanteix una cartera de serveis homogènia a tot el territori que comprèn la XAP.

Figura 7: Estructura de la xarxa integral d'atenció primària i comunitària (XAP).



Font: Creació pròpia.

Per tant, segons aquest nou concepte, la XAP d'una àrea territorial definida inclouria els serveis que es donen actualment als **EAP** (atenció a adults, pediatria, treball social i salut bucodental), els serveis que presten els equips territorials de salut pública (**ETSP**), els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (**ASSIR**), els serveis a la salut mental (**SMiA**), tant d'atenció a persones adultes (**CSMA**) com d'infants i joves (**CSMIJ**) i addiccions (**CAS**), els serveis d'atenció en rehabilitació (**RHB**) i els serveis d'atenció continuada i urgent (**ACU**) o servei 7x24.

La XAP té com a objectius garantir la **integració de serveis**, incloent també l'atenció hospitalària, sociosanitària i els serveis socials, i l'adequació a les **necessitats de la persona i la comunitat**; garantir l'equitat en la **cartera de serveis**, mitjançant la **dotació** de tots els equips i serveis necessaris; reforçar la **capacitat de resolució**; promoure la **innovació** mitjançant la **investigació, recerca i docència**; i preservar el **lideratge de l'atenció primària i salut comunitària** en tot el procés assistencial del pacient i la cura de la salut de la persona al llarg de la seva vida.

Els objectius operatius de la XAP (com a delimitació territorial de salut) són **disminuir la fragmentació** de la provisió de serveis, millorar l'organització dels **processos assistencials**, aplanar i **simplificar les estructures directives** i de gestió i facilitar la **interlocució directa** entre el CatSalut i les direccions dels equips i serveis que hi interaccionen.

Per tant, el nou model d'atenció primària i salut comunitària construeix una nova base territorial per articular una atenció integrada i centrada en la persona, en què la **XAP** és l'element vertebrador de l'àmbit de planificació sanitària.

### 3.1.2. Persones

Per delimitar l'àmbit del nou model d'atenció primària centrat en les persones, utilitzem la definició proposada pel [Pla interdepartamental d'atenció i interacció social sanitària \(PIAISS\)](#): «atenció que posa la **persona al centre del sistema**, amb l'objectiu de millorar-ne la salut, qualitat de vida i benestar, i que en respecta la dignitat i els drets, així com les necessitats, preferències, valors i experiències; a més, compta amb la participació activa de la persona com a igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació del procés d'atenció».

En aquest sentit, i prenent aquesta definició com a nucli del nou model, cal desenvolupar accions que impliquin canvis tant en les organitzacions actuals com en les actuacions i capacitacions dels professionals. És per això que hi ha una línia estratègica també específica per al desenvolupament d'aquest model, que posa els **valors, preferències i necessitats de les persones** al centre dels diferents processos assistencials.

Les persones han de tenir també un rol clau en la presa de decisions, tant col·lectivament com individualment, ja que es fomenta la **participació ciutadana**, entesa com el «mecanisme per incorporar de manera transparent i ordenada les persones i la societat civil en la presa de decisions públiques, partint de la participació individual dels ciutadans en la pròpia salut i la seva relació directa amb els professionals que els atenen i els serveis que es generen». El fet de conèixer les percepcions, opinions, necessitats sentides i prioritats de la ciutadania ha de comportar, necessàriament, un impacte en la millora del nostre **sistema de salut, centrant-lo veritablement en la persona, que es tradueix en el fet que la persona se senti en el centre** i oferint al ciutadà eines perquè pugui fer efectiva aquesta participació en el procés d'atenció, per exemple a través de [La Meva Salut \(LMS\)](#).

Per acompanyar aquest canvi de paradigma, des de salut cal abordar la participació a tres nivells diferents:

- A nivell **micro**, vinculada a la salut individual de les persones, posant èmfasi en la corresponsabilitat i la codecisió ben informada, impulsada amb **instruments**, com ara les **decisiones compartides** i els plans de **decisiones anticipades**, entre d'altres.
- A nivell **meso**, amb l'objectiu de millorar els serveis de salut en els centres i les comunitats, potenciant **l'acció comunitària amb participació ciutadana** i la millora dels serveis amb la inclusió de la visió de la comunitat de referència.
- A nivell **macro**, per incorporar cada cop més la ciutadania en l'elaboració de les polítiques i estratègies de salut, a través del Consell Assessor de l'ENAPISC.

En conseqüència, la participació ciutadana pot contribuir a l'**apoderament** de la ciutadania, donant-li un paper més actiu en aspectes relacionats tant amb la **promoció de la salut**, la prevenció i l'abordatge de la malaltia i l'educació en salut individual i del seu entorn com en el **funcionament i serveis que es presten en els centres sanitaris** i la definició de polítiques sanitàries i d'estratègies tant al país com al territori.

Aquesta visió està recollida en el document [Marc de la participació ciutadana en salut](#), publicat el setembre de 2017 per la **Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació del Departament de Salut**.

### 3.1.3. Professionals

Els professionals constitueixen, sens dubte, la peça clau per portar a terme el canvi i, per aquest motiu, el nou model té **cura del professionalisme i del seu desenvolupament** com a fita principal per garantir la qualitat de l'atenció, tal com es descriu en la seva **visió**.

L'ENAPISC té més d'una línia estratègica per impulsar una **dotació de professionals** adequada, la seva **autonomia de gestió**, la millora en les **condicions laborals**, el **desenvolupament professional**, la **formació i capacitació** en aquelles habilitats relacionades amb les diferents estratègies i plans del Departament de Salut, així com el **reconeixement** de l'atenció primària i salut comunitària tant en l'àmbit social com en el sanitari.

## 3.2. Línies estratègiques

Les línies estratègiques del nou model estan orientades a donar resposta als objectius i principis de l'ENAPISC i poden estar presents en més d'un dels tres àmbits de transformació definits (Annex 3).

### 3.2.1. Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut

Per començar a donar resposta a aquesta línia, i per assegurar que **l'AP garanteixi tot el procés assistencial de la persona**, és necessari parlar del nou model d'assignació que defineix recursos ajustats a les necessitats de cada comunitat.



L'objectiu d'aquest nou model d'assignació és **millorar l'equitat en la distribució dels recursos** i combatre les desigualtats en salut, tenint en compte les diferències en les necessitats de la comunitat i la pressió assistencial derivades d'una pitjor situació socioeconòmica. El model integra el [Nou indicador socioeconòmic del model d'assignació de recursos de l'atenció primària \(2017\)](#), elaborat per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, que reflecteix les diferències socioeconòmiques entre àrees bàsiques de salut. Cal seguir explorant la millora d'assignació segons factors explicatius de la despesa d'atenció primària.

L'any 2017, el CatSalut va dotar de 12,5 milions d'euros addicionals 155 equips d'atenció primària i salut comunitària que es troben en un entorn socioeconòmic més desfavorable. Aquests recursos s'han destinat a l'increment de la dotació de professionals, els perfils dels quals determina cada equip, segons les necessitats de salut i les intervencions comunitàries que es preveu dur-hi a terme. En un futur, i com a objectiu d'aquesta línia estratègica, cal avançar per aconseguir revertir la tendència decreixent del pressupost d'atenció primària que s'ha donat en els darrers anys.

L'augment de la **dotació de professionals** per donar resposta a les necessitats de la població i **millorar les condicions de treball** és un altre objectiu prioritari d'aquesta línia. L'ENAPISC considera que els professionals són els principals garants d'una atenció d'excel·lència, per la qual cosa cal orientar i dimensionar les plantilles per assegurar un **temps d'espera adequat** i oferir un **temps d'assistència òptim**, segons les necessitats de la persona .

Un altre objectiu d'aquesta línia és **potenciar l'autonomia de gestió dels equips** i serveis. Aquesta estratègia vol impulsar les fórmules organitzatives que van més enllà de l'actual estructura d'un equip d'atenció primària i per tant, fomenta la innovació organitzativa que pugui aportar millores a la salut de les persones.

La direcció d'aquests equips ha de relacionar-se i coordinar-se assistencialment de manera **directa amb la direcció de la XAP**. Els equips directius han de combinar el perfil clínic amb el de gestor, per poder implicar i corresponsabilitzar tots els actors de la nova estructura en la identificació de les necessitats de la població i en el compliment dels objectius assistencials.

### 3.2.2. Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat

Actualment, entre diferents EAP, hospitals d'aguts i sociosanitaris o altres agents d'atenció en salut o social, es disposa de rutes assistencials integrades, protocols compartits entre l'atenció primària, l'hospitalària i la sociosanitària, consultories sense pacient i diverses experiències d'atenció integrada sanitària i social.

Cal, però, que aquests instruments tinguin definida la seva avaluació en el marc de les estructures i els processos assistencials i concretar unes fites que puguin mesurar-se amb indicadors de salut.

Aquesta línia estratègica impulsa anar un pas més enllà en el concepte d'atenció integrada, entesa com un conjunt coherent de mètodes i models de finançament, organització, prestació de serveis i clínics, dissenyats per crear la connectivitat, l'alineació i la col·laboració entre els diferents sectors d'un sistema o organització, a fi de millorar l'atenció i la cura de les persones.

Per aconseguir aquest objectiu i fer-lo factible i adaptable a tot el territori, és imprescindible definir, implementar i avaluar de manera homogènia els diferents **processos assistencials clau** que es portin a terme en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària de cada XAP. És per això que en aquesta línia estratègica és important treballar amb les comissions tècniques i que s'enllacin amb els objectius i línies estratègiques dels diferents plans directors del Departament de Salut.

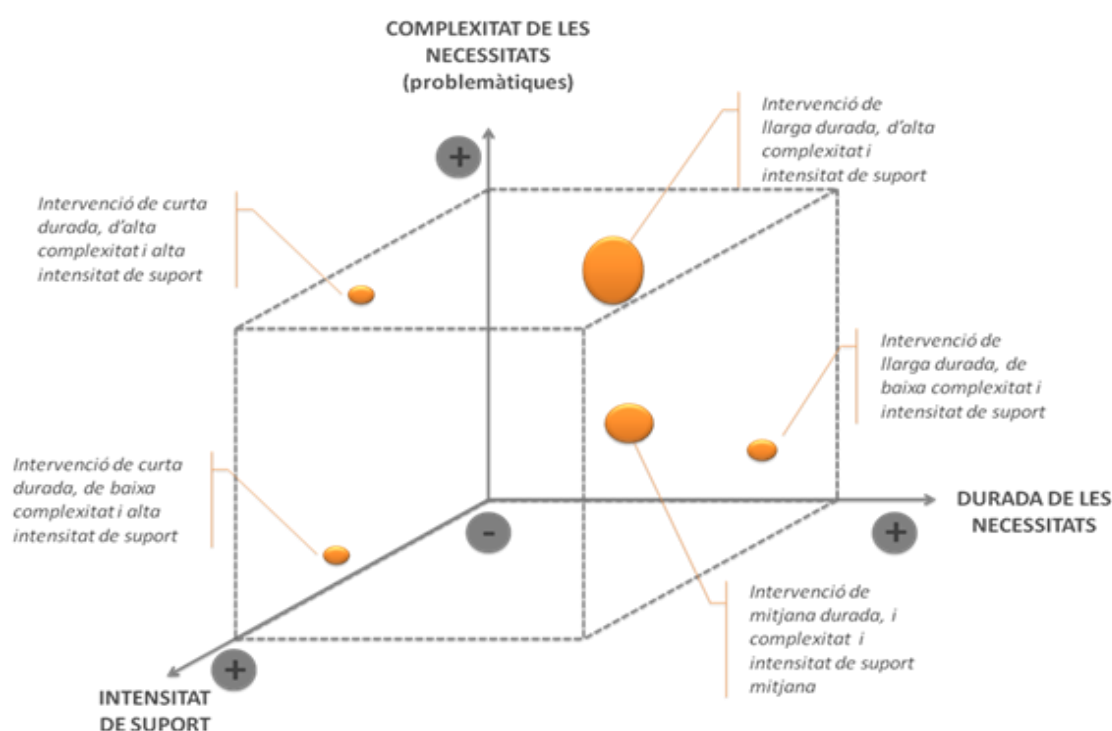
Els **processos assistencials clau** que definim en aquesta línia estratègica són: la prevenció i promoció de la salut, l'atenció pediàtrica, la cronicitat i complexitat, l'atenció continuada i urgent, l'atenció domiciliària, l'abordatge comunitari des dels serveis assistencials, l'atenció a la salut bucodental, l'atenció a la salut sexual i reproductiva, la salut mental i addiccions i la rehabilitació.

L'ENAPISC ha de garantir la integració assistencial, de serveis i de professionals entre l'àmbit hospitalari i el sociosanitari. Per fer-ho, cal l'apoderament de l'atenció primària en la gestió dels processos assistencials amb la coordinació de les diferents atencions que necessita la persona (per evitar la fragmentació i afavorir el treball col·laboratiu) i la conducció de les seves transicions pel sistema sanitari.

Alhora, i com a element clau del nou model, l'ENAPISC impulsa l'**autonomia de gestió dels equips**, de manera que des de la direcció dels equips i serveis i de la XAP es podrà decidir com s'organitza cada equip i territori per portar a terme els diferents processos assistencials.

Aquesta línia ha de permetre més **proximitat** en relació amb les necessitats, preservar que l'atenció sigui **longitudinal** i compatible amb el dret d'elecció de la persona, i millorar-ne l'**accessibilitat i la resolució**: tot això, utilitzant **espais de discussió clínica comuns**.

Figura 8. Visió de la tipologia de serveis del Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari.



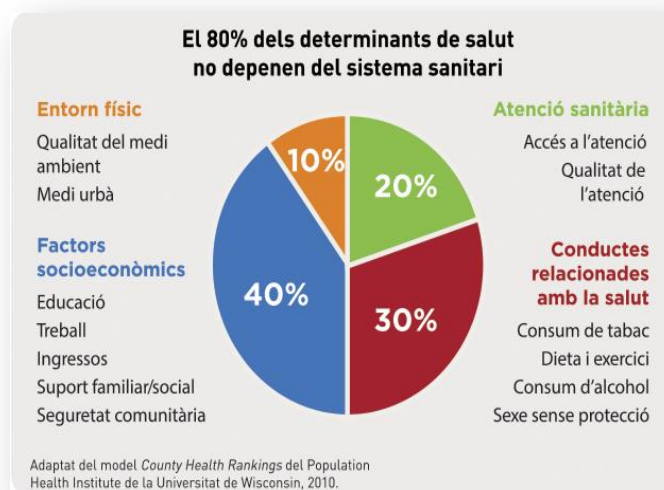
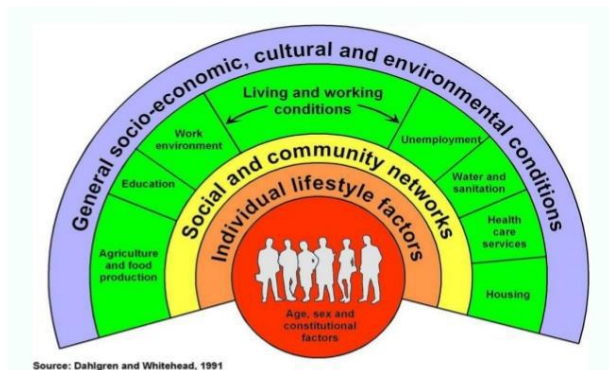
Font: Programa d'atenció Integrada a l'Entorn domiciliari a Catalunya (PAID). 2018.

### 3.2.3. Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats en salut i socials de les persones

En aquest context, cal recordar la cita de Sir Michael Marmot quan afirma que si els «determinants són socials, les solucions també han de ser-ho» (5). Com es pot veure a la figura 8, els determinants socials i d'entorn, les condicions i els estils de vida són els principals factors de salut d'una població:



Figura 9. Determinants socials de la salut.



Per abordar aquesta línia, el Departament de Salut disposa, per una banda, del [Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública \(PINSAP\)](#), que és la plasmació de l'estratègia de totes les polítiques de salut de Catalunya i que treballa la resposta als determinants socials i d'entorn de la salut amb els altres departaments del govern, amb l'administració local i amb la resta de sectors de la societat.

Per una altra banda, hi ha totes les experiències de salut comunitària. La salut comunitària és l'expressió col·lectiva de la salut de les persones i grups d'una comunitat definida. Està determinada per la interacció de les característiques personals i familiars, per l'entorn social, cultural i físic, així com pels serveis de salut i per la influència de factors socials, polítics i globals (6). Així, des de 2015, recollint experiències prèvies com les de la [xarxa AUPA](#), les experiències de l'administració local o el [programa «La salut als barris»](#) de l'ASPB, es posa en marxa per al conjunt de Catalunya el [projecte COMSalut](#) (comunitat i salut: atenció primària i comunitària), que orienta i treballa l'atenció en salut comunitària i en què es descriuen els objectius de l'abordatge de salut comunitària des del vessant de les **persones, dels professionals, dels equips de salut pública, dels equips d'atenció primària i de les administracions públiques del país**.

Tot i l'evolució dels equips i els avenços fets en el marc del projecte COMSalut, cal tenir present que l'abordatge comunitari en l'atenció primària del nostre país té encara un recorregut important de millora.

És per aquest motiu que la salut comunitària es considera clau en aquesta línia estratègica, com a palanca imprescindible per al canvi. Aquesta línia s'ha de desenvolupar d'acord amb les recomanacions de la comissió tècnica de salut comunitària.

### 3.2.4. Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació

Aquesta línia es basa en el foment de la utilització de les **tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)**, i els **mateixos sistemes d'informació**, com a eina imprescindible de **continuum assistencial** i nova orientació **al servei de les persones**.

Aplicar les **TIC** als processos assistencials, en millora l'eficiència, la monitorització, la integració i la seguretat, i facilita una atenció més confortable tant per al professional com per al ciutadà, evita desplaçaments i adapta el servei a les necessitats i preferències de les persones.

Els **sistemes d'informació** han de posar a disposició dels professionals les dades per atendre amb qualitat i seguretat els ciutadans. Unes dades que han de permetre, a més de l'activitat clínica, la gestió dels processos de planificació i

avaluació, com a eina indispensable per a la millora contínua. Alhora, el fet de **compartir la informació** entre els diferents serveis de la XAP i **treballar de manera col·laborativa** els processos assistencials amb eines transversals millora el model de relació actual entre els equips i serveis d'atenció primària i salut comunitària.

En aquest sentit, per **garantir la integració de serveis** i evitar duplicitats, buits assistencials i discontinuïtat del procés d'atenció, cal que la informació rellevant i necessària sigui compartida per tots els actors que intervenen en el procés assistencial, tant des de l'àmbit de salut com des del social. El nou entorn de treball ha de donar suport a tota la xarxa d'atenció primària i salut comunitària i ha d'integrar la informació del model de dades comú entre els diferents nivells assistencials, proveïdors de salut i social, així com la informació de salut pública i serveis socials municipals. També ha de ser comú per a tots els professionals i gestors que actuen en aquest entorn.

Les estacions clíniques del nou model han d'estar **orientades al servei de l'atenció a la persona**. Per aquest motiu, aquest objectiu inclou tant les accions adreçades a la comunicació interprofessional com a la del professional amb la persona que necessita atenció o la interacció del ciutadà amb la seva història clínica; per tant, els usuaris del servei d'atenció primària han de poder participar també en els sistemes d'informació amb l'aportació de dades, han tenir accés a la seva informació d'una manera entenedora i han de poder intervenir en els seus processos, tant de manera presencial com de manera telemàtica, amb eines que així ho permetin.

Aquest nou entorn de treball d'atenció primària és una evolució de l'actual estació clínica de treball dels equips d'atenció primària (ECAP) i la fusió amb la història clínica compartida de Catalunya (HC3). El nou model ha d'incorporar millores orientades al suport, al procés assistencial i a la usabilitat, la integració de les dades i els usos analítics que proporcioni l'historial electrònic de salut.

### 3.2.5. Garantir una atenció centrada en la persona i de proximitat

La presa de decisions compartida en salut és el procés mitjançant el qual una persona acorda amb el professional sanitari l'opció terapèutica o estil de vida més adient davant d'un problema que afecta la seva salut. Per ajudar els pacients a prendre decisions informades sobre la seva salut, el Departament de Salut ha creat el canal temàtic [Decisions compartides](#), on el pacient pot trobar informació sobre diferents problemes de salut amb més d'una opció de tractament.

Aquesta línia inclou objectius orientats a complir els requeriments necessaris per realitzar aquesta atenció centrada en la persona, a través d'eines que fomentin l'alfabetització en salut, així com la corresponsabilitat i el foment de l'autocura de la ciutadania i la capacitat dels professionals per implicar les persones en les decisions que afecten la seva salut.

Figura 10: Representació de l'atenció centrada en la persona



Font: Creació pel departament de comunicació del CatSalut.

### 3.2.6. Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura

Per poder garantir una atenció sanitària de qualitat i segura, el nou model d'atenció primària i salut comunitària ha de ser **capaç**, a cada XAP, **d'adaptar l'atenció als valors, preferències i necessitats de les persones de la comunitat** i, alhora, **permetre la mesura dels resultats finals** en salut de manera homogènia a tot el territori.

Aquesta línia defineix dos objectius que estan orientats a garantir l'equitat territorial pel que fa al contingut i accés a la **cartera de serveis** i a l'**excel·lència** de serveis, a través de l'**acreditació en qualitat i seguretat** del pacient.

L'actual [cartera de serveis de l'atenció primària i salut comunitària](#) ha d'evolucionar per donar resposta de la millor manera possible i amb els professionals adequats a les necessitats assistencials de la població.

Per aquest motiu, l'ENAPISC prioritza, com a objectiu d'aquesta línia, la definició d'una **nova cartera de serveis** que ha d'incloure les funcions dels professionals i la utilització de noves tecnologies per a tècniques diagnòstiques i terapèutiques a l'àmbit ambulatori. Aquesta cartera ha d'anar orientada a la **millora de la resolució** diagnòstica i terapèutica dels pacients i de tots els **processos assistencials** que s'hi porten a terme.

Hi ha dos tipus de cartera de serveis:

- ✓ El nivell bàsic, que és comú a tots els equips d'atenció primària i salut comunitària, que ha d'incloure l'atenció i els serveis normativament establerts.
- ✓ El nivell avançat, que garanteix l'atenció i els serveis d'acord amb el grau de resolució establert en l'àmbit de la XAP.

Per concretar aquest objectiu, hi ha constituïda una comissió tècnica amb professionals experts.

L'estratègia de l'acreditació de la qualitat assistencial ha mostrat la seva efectivitat en la millora de les organitzacions sanitàries. Per aquest motiu, el 2014 el Departament de Salut va desenvolupar i aplicar un **sistema d'acreditació i reacreditació** dels EAP, gràcies al qual el setembre de 2017 es van acabar d'acreditar la totalitat dels EAP de la xarxa pública de Catalunya (7).

Per tant, el nou model aposta per l'**acreditació i avaluació en qualitat i seguretat del pacient** que impulsa el Departament de Salut i fa extensiu el model d'acreditació dels EAP a la resta dels equips d'atenció inclosos a la XAP i a la pròpia organització del model, com a eina de qualitat del sistema i de seguretat del pacient.

Els criteris d'avaluació han de ser coherents amb els de l'acreditació i ambdós amb els objectius del nou model d'atenció primària i salut comunitària. Els indicadors han d'avaluar l'estructura, els processos i els resultats, i han de permetre la transparència del sistema, retre comptes al ciutadà i la millora contínua, perquè l'avaluació sigui efectiva i els indicadors entre territoris comparables.

### 3.2.7. Protecció i promoció del professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària

El nou model considera necessari potenciar i desenvolupar les funcions dels professionals de l'atenció primària i salut comunitària perquè puguin portar a terme els diferents processos assistencials clau. En aquest sentit, l'estratègia ha de promoure la professionalització sanitària dels administratius, auxiliars administratius i treballadors socials dels equips. Així mateix, una de les accions prioritzades per l'ENAPISC fa referència al reconeixement de l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària, com a via preferent per exercir la professió d'infermeria als equips d'atenció primària.

D'altra banda, d'acord amb els plans directors i les estratègies del Departament de Salut que s'enllacen amb l'ENAPISC (com per exemple l'estratègia nacional d'atenció integrada a la complexitat i el Pla director de salut

mental i addiccions, entre d'altres), s'han d'anar incorporant als equips d'atenció primària professionals amb **nous rols**. Aquests professionals han de ser consultors, o bé han d'estar integrats funcionalment als equips. Però, en qualsevol cas, s'han d'activar des de l'atenció primària, d'acord amb la detecció de necessitats de la persona.

Cal fer esment també als **especialistes de l'àmbit hospitalari o sociosanitari** que actualment fan assistència presencial en el marc de l'atenció primària i salut comunitària i que passen visita en els centres d'atenció primària i salut comunitària o bé en centres d'atenció ambulatoria. En un futur, i com a evolució d'aquesta línia d'atenció integrada amb nous rols, està previst que el nou model defineixi com s'ha d'adaptar l'atenció especialitzada amb una visió d'atenció comunitària centrada en la persona a través dels diferents processos assistencials clau.

L'ENAPISC impulsa l'autonomia de gestió, ja que permet que els professionals dels equips i les seves direccions, amb els recursos assignats, s'organitzin per donar resposta a les **necessitats de salut de la comunitat**, a través dels **processos assistencials clau**, tenint cura de la millora de les habilitats, actituds i aptituds dels professionals per poder assolir els objectius assistencials proposats.

Per tant, l'ENAPISC considera que amb un bon **lideratge clínic**, l'apoderament i la corresponsabilització dels membres de l'equip s'assoleixen millores en l'eficiència de l'atenció, així com la recuperació del professionalisme. Per aquest motiu, es defineixen accions adreçades tant a l'elecció dels directius dels equips com també a la seva formació i desenvolupament.

Per aconseguir més implicació dels professionals, és imprescindible millorar les condicions laborals, de manera que augmenti la satisfacció i la qualitat de vida en l'entorn laboral, i incrementar la **participació** en les dinàmiques de l'equip. Com a conseqüència, s'obtindran uns **millors resultats en salut** i en l'experiència d'atenció de la persona.

El procés de **manteniment i millora de les competències professionals** ha d'estar present en el nou model, per la qual cosa cal desenvolupar **programes formatius** per adquirir les competències i habilitats necessàries. Aquests programes formatius es descriuen en accions molt concretes, com es pot veure a l'Annex 3.

La **recerca i la docència** són també objectius claus d'aquesta línia centrada en els professionals, ja que aporten implícitament prestigi i reconeixement, tant individual com dels equips específics i de l'atenció primària i salut comunitària en conjunt. També són fonamentals per a la innovació i generació de coneixement.

Per aquest motiu, és important treballar en la definició d'un **model de recerca per a l'atenció primària i salut comunitària**, així com potenciar la representació de l'atenció primària en projectes de recerca com ara el **PERIS**. Així mateix, l'Estratègia ha de prioritzar accions que puguin afavorir la formació especialitzada de les especialitats de medicina familiar i comunitària i infermeria familiar i comunitària, així com altres especialitats de l'atenció primària del nou model. A més, cal planificar les necessitats dels professionals des d'una visió multidisciplinària i segons els nous reptes que planteja l'ENAPISC.

## 4. Implementació de l'ENAPISC

### 4.1. Òrgans de seguiment de l'ENAPISC

Per poder garantir el disseny, la implantació, el desenvolupament, el seguiment i l'avaluació de l'estratègia, i amb l'ànim de fer-ho amb la necessària participació professional, ciutadana i institucional, es constitueix una estructura d'òrgans per posar en marxa l'ENAPISC al Departament de Salut i fer-ne el seguiment.

Aquesta estructura té quatre òrgans estables –el **Comitè de Direcció de l'ENAPISC**, la **Direcció de l'ENAPISC**, el **Consell Assessor** i la **Comissió Permanent**– i diferents **comissions tècniques** no estables, a demanda de la Direcció de l'Estratègia o de la Comissió Permanent. En tots aquests òrgans cal vetllar per la competència i expertesa professional, tenint en compte criteris de representació equilibrada entre dones i homes, categories professionals i representativitat territorial.

#### 4.1.1. Comitè de Direcció de l'ENAPISC

El Comitè de Direcció i seguiment de l'ENAPISC és l'òrgan superior de direcció col·legiada de l'Estratègia. Està format per la consellera o conseller, per la directora o director de la Direcció General de Planificació en Salut, o la persona en qui delegui, per la directora o director del CatSalut, o la persona en qui delegui, la secretària o secretari de la Secretaria de Salut Pública, o la persona en qui delegui, i el secretari o secretària de la Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació del Departament de Salut, o la persona en qui delegui, i els membres de la direcció de l'ENAPISC.

#### 4.1.2. Direcció de l'ENAPISC

La Direcció de l'ENAPISC la conformen dos codirectors, un/a de la Direcció General de Planificació del Departament i l'altre/a de l'Àrea d'Assistència Sanitària del CatSalut. Té com a funció el desenvolupament conceptual, la implementació, el seguiment i l'avaluació l'ENAPISC.

#### 4.1.3. Consell Assessor de l'ENAPISC

El Consell Assessor és l'òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària i s'adscriu a la Direcció General de Planificació en Salut, que li dona el suport administratiu i de gestió. Es va constituir el 3 de juliol de 2017 i està compost per una presidenta o president i fins a un màxim de seixanta-cinc vocals, tots ells nomenats per la consellera o conseller de Salut entre persones expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària.

Té la missió d'acompanyar la implementació del nou model d'atenció primària i garantir el procés de desplegament de l'ENAPISC. Els integrants del Consell són professionals provinents de societats científiques, universitats, col·legis professionals, associacions de proveïdors, sindicats, representants de la societat (municipis, ciutadania, voluntariat...), representants de moviments associatius i entitats i grups o persones de reconegut prestigi en l'àmbit de la salut.

#### 4.1.4. Comissió Permanent de l'ENAPISC

La Comissió Permanent és un equip de treball obert que convoca periòdicament la Direcció de l'ENAPISC, compost per professionals de diferents unitats del Departament de Salut relacionades amb l'ENAPISC (secretaries, direccions generals, CatSalut...), que permet consensuar els conceptes i les accions per dur a terme la implementació, el seguiment i l'avaluació de l'Estratègia.

#### 4.1.5. Comissions tècniques

Les comissions tècniques són grups de treball d'experts en matèries concretes que s'ocupen dels diferents àmbits temàtics de l'ENAPISC, com són la salut mental, la salut comunitària, l'atenció a la salut sexual i reproductiva,

l'atenció a la cronicitat i complexitat, l'atenció continuada i urgent, l'atenció pediàtrica i la cartera de serveis. Estan pendents de creació les comissions tècniques de treball social, la de prevenció i promoció de la salut, la de millora del procés assistencial, la d'atenció a la rehabilitació i d'altres que es puguin prioritzar properament.

Els documents de les recomanacions tècniques de les comissions, després d'un procés participatiu de socialització, han de ser la base per a la implementació, seguiment i avaluació dels diferents processos assistencials, dels objectius i de les accions del nou model d'atenció primària i salut comunitària.

## 4.2. Configuració i desplegament de les xarxes integrals d'atenció primària i salut comunitària (XAP)

Les **XAP són un instrument d'organització territorial i de funcionament assistencial que ha de permetre assolir els objectius i els principis del nou model d'atenció primària i salut comunitària**. En la seva configuració territorial s'han tingut en compte la divisió territorial en Àrea Bàsica de Salut (ABS) i els estudis de penetració de la població a les diferents línies de serveis que ofereix les XAP, adequant-se a les particularitats geogràfiques, demogràfiques, econòmiques i socials específiques de cada zona.

Les XAP es formen a partir de l'addició d'ABS (entre 6-8). La majoria de XAP tenen una població de referència que oscil·la entre 100.000 i 200.000 habitants; tanmateix, hi ha una forta heterogeneïtat en la seva grandària poblacional. Segons el nombre d'habitants, les XAP s'han agrupat en cinc grups (vegeu la taula 1): menys de 50.000 habitants, entre 50.001 i 100.000 habitants, entre 100.001 i 150.000 habitants, entre 150.001 i 200.000 habitants i més de 200.000 habitants (fins a un màxim de 300.000 habitants); en total, hi ha 56 XAP.

Taula 1. Distribució de les XAP d'acord amb el nombre d'habitants.

< 50.000 Habitants		50.000 - 100.000		100.001 - 150.000		150.001 - 200.000		200.001 - 300.000	
1	Alt Urgell	1	Baix Montseny	1	Ciutat Vella	1	Horta	1	Sants-Montjuïc-Les Corts
1	Alta Ribagorça	1	Alt Camp i Conca de Barberà	1	Sarrià Sant Gervasi	1	Nou Barris	1	Badalona
1	Aran	1	Baix Penedès	1	Sant Andreu-Montcada	1	Esquerra Eixample-Poble Sec-Monj	1	Maresme Central
1	Cerdanya	1	Garrotxa	1	Gràcia	1	Baix Vallès	1	Sabadell
1	Pallars	1	Selva Marítima	1	Dreta Eixample	1	Rubí - Sant Cugat	1	Terrassa
1	Berguedà	1	Alt Penedès	1	Maragall	1	Garraf	1	Vallès Oriental Central
1	Ripollès	1	Baix Ebre	1	Cerdanyola - Ripollet	1	Baix Llobregat Nord	1	Hospitalet de Llobregat
1	Solsonès	1	Montsià	1	Santa Coloma de Gramenet	1	Baix Llobregat Font Santa	1	Delta Litoral
1	Altebrat	8		1	Baix Llobregat Centre	1	Baix Camp i Priorat	1	Tarragonès
9				1	Baix Llobregat Sant Boi	1	Osona	1	Lleida Oest
				1	Anoia	1	Bages-Moianès	1	Sant Martí - La Mina
				1	Alt Maresme	1	Gironès Nord i Pla de l'Estany	11	
				1	Baix Empordà	12			
				1	Alt Empordà				
				1	Gironès Sud i Selva Interior				
				1	Lleida Est				
				16					



Figura 11. Mapa de les XAP, àmbit de planificació territorial de l'ENAPISC.



Taula 2. Regions Sanitàries i XAP.

Regió Sanitària	XAP	Regió Sanitària	XAP
<b>Alt Pirineu i Aran</b>	Alt Urgell	<b>Barcelona Metropolitana Sud</b>	Baix Llobregat Sant Boi
	Alta Ribagorça		Baix Llobregat Delta Litoral
	Pallars		Baix Llobregat Centre
	Cerdanya		Baix Llobregat Fontsanta
	Aran		Baix Llobregat Nord
			Alt Penedès
<b>Barcelona Ciutat</b>	Ciutat Vella		Garraf
	Gràcia		L'Hospitalet de Llobregat
	Horta	<b>Terres de l'Ebre</b>	Altebrat
	Nou Barris		Baix Ebre
	Sant Martí - La Mina		Montsià
	Esquerra Eixample – Poble Sec - Montjuïc	<b>Camp de Tarragona</b>	Alt Camp i Conca de Barberà
	Dreta Eixample		Baix Camp i Priorat
	Sants – Montjuïc – Les Corts		Baix Penedès
	Sarrià Sant Gervasi		Tarragonès
	Maragall		
	Sant Andreu - Montcada		
<b>Lleida</b>	Lleida Est	<b>Catalunya Central</b>	Anoia
	Lleida Oest		Osona
<b>Barcelona Metropolitna Nord</b>	Badalona		Berguedà
	Santa Coloma de Gramanet		Bages – Moianès
	Maresme Central		Solsonès
	Baix Vallès	<b>Girona</b>	Alt Empordà
	Baix Montseny		Baix Empordà
	Vallès Oriental Central		Ripollès
	Sabadell		Garrotxa
	Terrassa		Gironès Nord i Pla de l'Estany
	Rubí – Sant Cugat		Gironès Sud i Selva Interior
	Cerdanyola - Ripollet		Alt Maresme
			Selva Marítima

## 5. Referències bibliogràfiques

1. WHO. Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. [Internet] Disponible a: [http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT\\_Declaration\\_on\\_Primary\\_Health\\_Care\\_28\\_June\\_2018.pdf?ua=1](http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf?ua=1)
2. Organització Mundial de la Salut. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008;2. Disponible a: [http://www.who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf)
3. Bienkowska-Gibbs T, King S, Saunders C, Henham ML. New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS: a brief overview of recent reports. RAND Europe. 2015 Jun. Disponible a: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR1100/RR1181/RAND\\_RR1181.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1100/RR1181/RAND_RR1181.pdf)
4. Expert Group on Health Systems Performance Assessment. A new drive for primary care in europe: rethinking the assessment tools and methodologies. Health and Food Safety. European Commission. 2018. Disponible a: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2018\\_primarycare\\_eng\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eng_en.pdf)
5. Marmot M, Wilkinson R. Social determinant of health. Oxford University Press. 2n ed. 2006.
6. Jofin J. Salud comunitaria global. Principios, métodos y programas en el mundo. 1st ed. 2012; 296.
7. Departament de Salut. Equips d'atenció primària [Internet]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/serveis\\_i\\_tramits/acreditacio\\_de\\_centres\\_sanitaris/equips\\_atencioprimar](http://salutweb.gencat.cat/ca/serveis_i_tramits/acreditacio_de_centres_sanitaris/equips_atencioprimar)

### Altra documentació consultada:

- 1- Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla Director Sociosanitari (PPAC i PDSS) – *Document provisional*
- 2- [Estratègies 2017-2020 Pla director de salut mental i addiccions. Juliol de 2017](#)
- 3- [Pla nacional d'urgències de Catalunya \(PLANUC\)](#)
- 4- [Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública \(PINSAP\)](#)
- 5- [Pla director de sistemes d'informació del SISCAT](#)
- 6- [Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.](#)
- 7- [Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària \(PIAISS\)](#)
- 8- [Pla de salut de Catalunya 2016-2020](#)
- 9- [Marc de la participació ciutadana en salut](#)
- 10 Martí T. Anunciada nueva declaración de Atención Primaria [Internet]. Disponible a: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2018/04/anunciada-nueva-declaracion-de-atencion.html>
- 11- de Peray JL. Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària. 2017;62.



## 6. Annexos

### Annex 1. Col·laboradors

Françoise	Aguado
Hortensia	Aguado
Mireia	Alberny
Isabel	Albó
Cari	Almazán
Gemma	Amat
Jordi	Amblàs
Paloma	Amil
Manel	Anoro
Joan Maria	Aranalde
Anna	Aranda
Josep Maria	Argimon
Josep Ramon	Arisa
Ivan	Arredondo
Lucía	Artazcoz
Jordi	Artique
Alícia	Àvila
Maria Àngels	Ayra
Walesca	Badia
Edel	Balboa
Veva	Barba
Pep	Basora
Glòria	Basset
Xavier	Bayona
Alba	Benaque
Felip	Benavent
Jaume	Benavent
Carme	Beni
Carme	Bertral
Herminia	Biescas
Carles	Blay
Mireia	Boixadera
Josep	Bonet
Francesc	Borrell
Eduard	Bosch
Ignasi	Bros
Alba	Brugués
Ingrid	Bullich
Xavier	Caballero
Carmen	Cabezas

Neus	Caelles
Marta	Calabia
Salvador	Campassol
Xavier	Cantero
Cristina	Carbonell
Clàudia	Cardoner
Rosa Maria	Carrasco
Carmen	Carrazoni
Josep	Carreras
Josep	Casajoana
Montse	Casamitjana
Cristina	Casnovas-Guitart
Carme	Casas
Aleix	Causa
Hèlia	Cebrián
Ismael	Cerdà
Ramon	Ciurana
Isabel	Claveria
Montse	Clèries
David	Clusa
Jordi	Coderch
Meritxell	Coll
Cristina	Colls
Joan	Colom
Enric	Colomer
Lluís	Colomé
Benjamí	Comas
Josep	Comas
Toni	Comín
Joan Carles	Conte
Silvia	Copetti
Dolors	Corominas
Núria	Costa
Sergi	Cruz
Cinta	Daufí
Josep	Davins
Elisenda	de la Torre
Guillem	d'Efak
Jose Luís	de Peray
Antoni	Dedeu

Ramon	Descarrega
Judit	Deulofeu
Jordi Daniel	Díez
Miquel	Domènech
José Luís	Domínguez
Aurora	Dueñas
David	Elvira
Belén	Enfedaque
Manel	Enrubia
Àlex	Escosa
Ramon	Escuriet
Pepi	Estany
Oriol	Estrada
Meia	Faixedas
Gemma	Fanlo
Dani	Fernández
Mercedes	Fernández
Sofia	Ferré
Imma	Ferrer
Jeroni	Ferrer
Jesús	Ferrer
Daniel	Ferrer-Vidal
Josep	Figa
Lupe	Figueiras
Montse	Figuerola
Maria	Florensa
Dolors	Forés
Jaume	Fort
Lluís	Franch
Josep	Fusté
Cèlia	Garcia
Oriol	Garcia
Margarita	Garcia-Canela
Maite	Garolera
Aurora	Garriga
Esteve Ignasi	Gay
Joan Carles	Gené
Esther	Gil
Ester	Giménez
Xavier	Gómez-Batiste
Assumpció	González
Angelina	González
Maria Jesús	González
Lluís	Gràcia
Àlex	Guarga
Francesc	Güell

Joan	Guix
Raquel	Gutiérrez
Domènec	Haro
Eva	Hernández
Àngels	Ibáñez
Manel	Iglesias
Montse	Iglesias
Sheila	Iglesias
Eduard	Illa
Josep	Inglés
Marco	Inzitari
Eva	Jiménez
Josep	Jiménez
Glòria	Jodar
Esther	Jordà
Remei	Juncadella
Carles	Labata
Maria Jesús	Labordena
Carme	Lacasa
Estrella	Lalueza
Marta	Larrosa
Yolanda	Lejardi
Esther	Limón
Jordi	Llorens
Alejandra	López
Maria Josep	López
Rafael	López
Francisca	López
Iris	Lumillo
David	Magem
Pilar	Magrinyà
Fernando	Marín
Eugenio	Martínez
Lluís	Martínez
María	Martínez
Roser	Martínez
Isabel	Martínez
Amando	Martín-Zurro
Eulàlia	Masachs
Enric	Mateo
Antonia	Medina
Manolo	Medina
Nieves	Méndez
Natàlia	Mingorance
Victòria	Mir
Marta	Miret

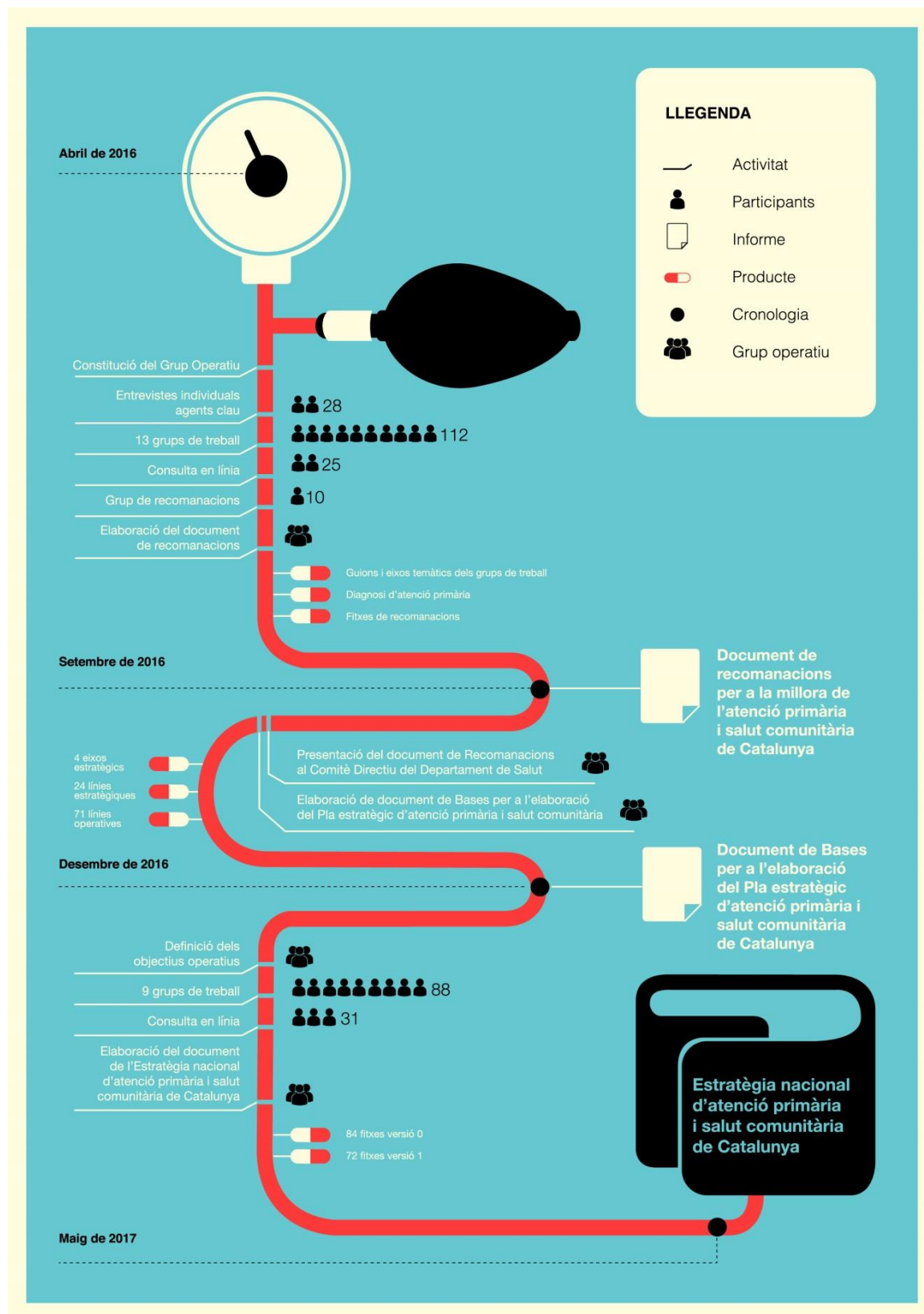
Montse	Moharra
Cristina	Molina
Anna	Mompart
Jordi	Monedero
Cristina	Montané
Isabel	Montaner
Nemesio	Moreno
Sònia	Moreno
Rosa	Morral
Gloria	Muniente
Carles	Muñiz
Cristina	Nadal
Pau	Nicolau
Maria	Nolla
Carles	Oliete
Guadalupe	Ortega
Xènia	Ortolà
Vicente	Ortún
Àngels	Pallàs
Montserrat	Pàmias
Laura	Panadès
Olga	Pané
Maribel	Pasarín
Mercè	Patcho
Raquel	Paz
Pol	Pérez
Joana	Pérez
Sònia	Pérez
Antoni	Peris
Ramon	Piñol
Josep Lluís	Piqué
Ivan	Planas
Susana	Plasencia
Aina	Plaza
Carmina	Poblet
Marta	Poll
Josep Maria	Pons
Antoni	Ponsà
Anna	Puente
Maria	Pueyo
Montse	Puig
Elena	Puigdevall
Montse	Puigdollers
Montserrat	Pujiula
Concepció	Pujolar
Joan Carles	Quer

Manel	Quintana
Teresa	Rabadà
Marc	Ramento
Andrea	Ramírez
Maria	Raventós
Anna	Ribera
Wifredo	Ricart
Ana	Ríos
Helena	Ris
Izabella	Rohlfs
Nené	Romero
Núria	Romero
Sílvia	Roura
Montse	Rovira
Anna	Rubio
Míriam	Ruiz
Rafael	Ruiz
Esteve	Saltó
Xavier	Salvador
Hernán	Sampietro
Pau	Sánchez
Lucía	Sánchez
Mireia	Sans
Araceli	Santamaría
Sebastià	Santaeugènia
Cristina	Sanz
Anna	Schiaffino
Andreu	Segura
Jaume	Sellarès
Àngels	Senan
Joaquín	Serena
Toni	Sisó
Òscar	Solans
Maria Rosa	Soley
Elisabet	Solf
Jordi	Sospedra
Berta	Sunyer
Jorge	Tizón
Lorena	Toral
Carles	Toribio
Ricard	Tresserras
Montse	Ureña
Nani	Valldossera
Elisabet	Vallès
Francesca	Vergara
Joan Maria	Vianney

Antonieta	Vidal
Laura	Vila
Josep	Vilajoana
Josep	Vilaplana
Esther	Vilert

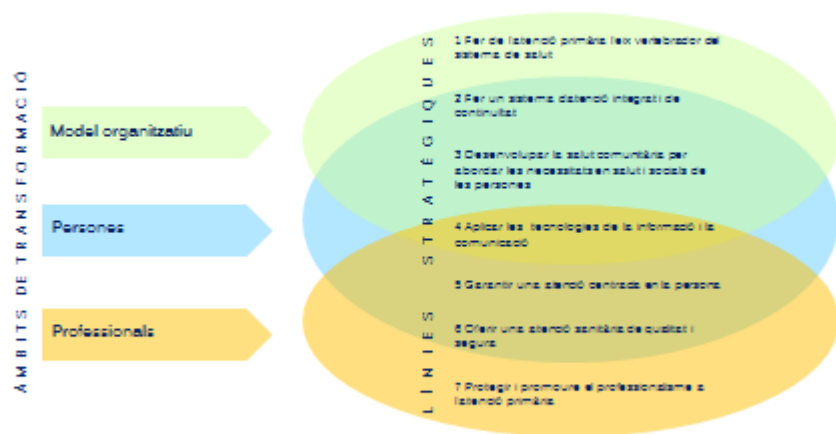
Lorena	Villa
Rosa	Villafafila
Josep	Villegas
Paulina	Viñas
Silvia	Zaragoza

## Annex 2. Procés d'elaboració de l'ENAPISC



## Annex 3. Àmbits, línies estratègiques, objectius operatius i accions prioritzades

### ÀMBITS DE TRANSFORMACIÓ I LÍNIES ESTRATÈGIQUES



#### LE 1: FER DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA L'EIX VERTEBRADOR DEL SISTEMA

Objectius operatius i accions prioritzades:

- 01 Millorar l'equitat en la distribució de recursos:
  - ❑ LE101A1 → Avançaren el nou model d'assignació.
  - ❑ LE101A2 → Dotar els EAP dels professionals necessaris.
  - ❑ LE101A3 → Dotar l'AP dels professionals necessaris.
- 02 Potenciar l'autonomia de gestió:
  - ❑ LE102A1 → Dotar tots els EAP/Serveis de la capacitat de gestió autònoma del pressupost assignat.
- 03 Augmentar la interacció i lideratge de l'AP amb una nova organització territorial:
  - ❑ LE103A1 → Reformar el Decret 84/1985 (RAP).
  - ❑ LE103A2 → Aprovar la normativa necessària per a la constitució de les XAP.
  - ❑ LE103A3 → Elaborar la instrucció de funcionament del nou model.

## LE 2: FER UN SISTEMA D'ATENCIÓ INTEGRAT I DE CONTINUÏTAT

Objectius operatius i accions prioritzades:

➤ 01 Garantir la resolució i continuïtat assistencial:

- ☐ LE201A1 → Redissenyar col·laborativament les rutes assistencials per a les patologies de més prevalença.
- ☐ LE201A2 → Garantir que els professionals d'atenció primària puguin disposar d'espais de programació a les agendes de consultes externes hospitalàries.

➤ 02 Promoure models assistencials homogenis:

- ☐ LE202A1 → Implementar el nou model d'atenció pediàtrica.
- ☐ LE202A2 → Implementar el nou model d'atenció bucodental.
- ☐ LE202A3 → Implementar el nou model d'atenció d'ASSIR.
- ☐ LE202A4 → Implementar el nou model d'atenció en rehabilitació.

## LE 2 : FER UN SISTEMA D'ATENCIÓ INTEGRAT I DE CONTINUÏTAT

Objectius operatius i accions prioritzades:

➤ 02 Promoure models assistencials homogenis:

- ☐ LE202A5 → Implementar el nou model d'atenció en SMiA.
- ☐ LE202A6 → Implementar el nou model d'ACU definida en el PLANUC.
- ☐ LE202A7 → Implementar el nou model de cronicitat i definir la cartera de serveis per a persones amb condicions de cronicitat.
- ☐ LE202A8 → Desplegar programes de prevenció dels problemes de salut més prevalents i programes de prevenció per grups d'edat.

### LE 3 : DESENVOLUPAR LA SALUT COMUNITÀRIA PER ABORDAR LES NECESSITATS EN SALUT I SOCIALS DE LES PERSONES.

Objectius operatius i accions prioritzades:

- 01 Impulsar programes amb orientació comunitària des de l'atenció primària:
  - ❑ LE301A1 → Alfabetització i educació en salut.
  - ❑ LE301A2 → Enfortir el suport dels equips territorials de salut pública i de salut comunitària en les activitats de promoció i prevenció en els equips.
  - ❑ LE301A3 → Implantar la metodologia de salut comunitària estàndard per a tots els territoris.
  - ❑ LE301A4 → Implementar estratègies de salut comunitària basades en la detecció de necessitats i identificació de recursos i actius.
- 02 Abordar les desigualtats socials en salut des d'una perspectiva d'equitat
  - ❑ LE302A1 → Assignació de recursos per millorar l'abordatge de les desigualtats socials en salut.

### LE4: APLICAR LES TECNOLOGIES DE LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ (TIC)

Objectius operatius i accions prioritzades:

- 01 Fomentar l'ús de les TIC:
  - ❑ LE501A1 → Fer de l'ECAP l'únic sistema d'informació per a tots els equips i serveis.
  - ❑ LE501A2 → Integrar l'HC3 a l'ECAP perquè la història clínica compartida de CAT es construeixi des del sistema d'informació de l'AP.
  - ❑ LE501A3 → Avançar cap a la història clínica compartida social i sanitària.



## LE 5: GARANTIR UNA ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA

Objectius operatius i accions prioritzades:

- 01 Corresponsabilitzar i fomentar l'autonomia en salut de les persones:
  - ❑ LE401A1 → Desplegar, en el marc dels consells de salut dels nous sectors sanitaris, l'estratègia local de foment de l'educació i corresponsabilització en salut.
  - ❑ LE401A2 → Estendre els programes Pacient Expert i Cuidador Expert Catalunya.
- 02 Promoure la presa de decisions compartides (PDC):
  - ❑ LE402A1 → Potenciar l'ús dels instruments de presa de decisions compartides a l'atenció primària.
  - ❑ LE402A2 → Capacitació dels professionals per a la PDC.
  - ❑ LE402A3 → Formació als professionals en entrevista motivacional.

## LE6: OFERIR UNA ATENCIÓ SANITÀRIA DE QUALITAT I SEGURA

Objectius operatius i accions prioritzades:

- 01 Garantir una cartera de serveis de qualitat:
  - ❑ LE501A1 → Garantir la cartera de serveis bàsica a tots els EAP.
  - ❑ LE501A2 → Garantir la cartera de serveis avançada a la XAP.
  - ❑ LE501A3 → Garantir la cartera de serveis dels altres serveis de la XAP.
- 02 Garantir uns serveis d'excel·lència a l'AP:
  - ❑ LE502A1 → Desplegar el nou model d'acreditació en QIS a tots els serveis.
  - ❑ LE502A2 → Elaborar un marc avaluatiu sistemàtic.
  - ❑ LE502A3 → Desplegar les eines necessàries per a la consolidació de la cultura de seguretat de pacients.

## LE 7: PROTEGIR I PROMOURE EL PROFESSIONALISME A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Objectius operatius i accions prioritzades:

➤ 01 Manteniment i millora de la capacitat professional:

- ☐ LE601A1 → Elaborar una política de formació adreçada als professionals que els permeti adquirir les competències necessàries.
- ☐ LE601A2 → Elaborar una política de formació sobre direcció i gestió dels comandaments intermitjos.
- ☐ LE601A3 → Crear un programa d'alliberació per millorar les competències professionals per un període de 2 a 6 mesos.
- ☐ LE601A4 → Crear programes territorials que permetin estades formatives dels professionals d'AP en altres serveis especialitzats i a l'inrevés.

## LE 7: PROTEGIR I PROMOURE EL PROFESSIONALISME A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Objectius operatius i accions prioritzades:

➤ 02 Nous rols de professionals i evolució dels actuals:

- ☐ LE602A1 → Definir el nou rol de l'administratiu sanitari.
- ☐ LE602A2 → Reconèixer l'especialitat IFIC com a via preferent per exercir la professió d'infermera als EAP.

➤ 03 Posar en valors els professionals i fomentar la retenció de talent a l'AP:

- ☐ LE603A1 → Aplicar el Pla de garantia de l'estabilitat laboral.
- ☐ LE603A2 → Mantenir i fomentar la recerca.
- ☐ LE603A3 → Crear l'àrea de competències de MFIC i IFIC en els plans d'estudis de pregrau de les facultats de medicina i infermeria.
- ☐ LE603A4 → Realitzar periòdicament enquestes per conèixer la satisfacció dels professionals.

## LE 7: PROTEGIR I PROMOURE EL PROFESSIONALISME A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Objectius operatius i accions prioritzades:

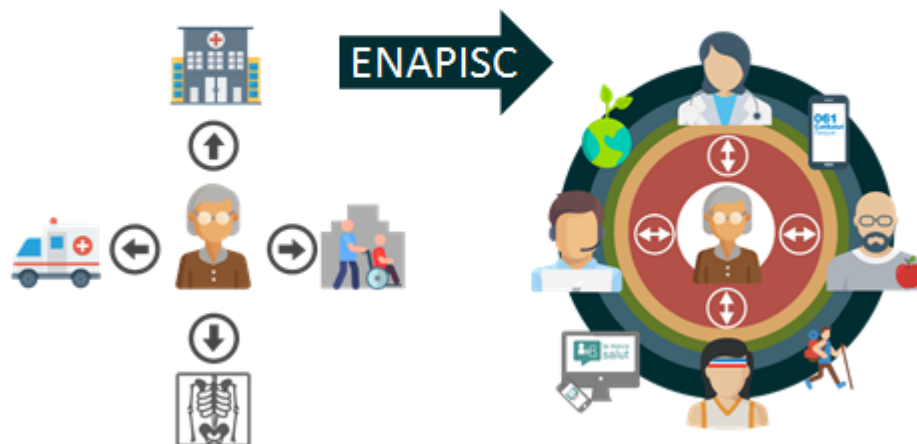
➤ 04 Fomentar la participació i l'autonomia dels professionals:

- LE604A1 → Establir mecanismes participatius per a l'elecció dels directius dels EAP i d'altres serveis.
- LE604A2 → Garantir l'autogestió d'agenda per part dels professionals (assegurant l'accessibilitat, bons resultats i satisfacció del ciutadà).
- LE604A2 → Implantar criteris de flexibilitat horària per garantir la conciliació de la vida personal i laboral dels professionals.

## Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)

2018

## Una atenció centrada en les persones



## Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC)

2018

## Una atenció centrada en les persones

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció basada en la malaltia</li> <li>• Dependència dels serveis dels centres</li> <li>• Estructura piramidal</li> <li>• Sistema paternalista</li> <li>• Fragmentació i duplicitat</li> <li>• Avaluació per resultats de serveis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció basada en les necessitats de les persones</li> <li>• Pensat en millorar la qualitat de vida</li> <li>• Estructura horitzontal</li> <li>• Presa de decisions compartides</li> <li>• Integració i continuïtat assistencial</li> <li>• Avaluació per indicadors de salut</li> </ul> |
|---|---|

## La Xarxa integral d'atenció primària (XAP)

Integra i amplia els serveis de proximitat des de l'atenció primària i comunitària



### ...i les persones

- Atenció integral més enllà de la malaltia
- Valorant les preferències i necessitats personals
- Presa de decisions compartides
- Atenció en la comunitat, cultura, entorn i estat vital
- Amb la meua participació

## La Xarxa integral d'atenció primària (XAP)

Integra i amplia els serveis de proximitat des de l'atenció primària i comunitària



### ...i els professionals

- Dotacions adequades
- Desenvolupament professional
- Formació innovació i recerca
- Condicions laborals més favorables
- Nous perfils
- Autonomia de gestió de l'equip directiu
- Integrar la visió clínica en la planificació de recursos

# La Xarxa integral d'atenció primària (XAP)

Integra i amplia els serveis de proximitat des de l'atenció primària i comunitària



## ...i el sistema

- Un nou model per oferir una millor atenció reforçant l'atenció primària i comunitària
- Un canvi organitzatiu amb visió de proximitat
- Millora de processos assistencials evitant la fragmentació i garantint la continuïtat assistencial
- Integració dels serveis sanitaris, socials i comunitàris